

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Seguro Social _____ Telefono: _____ Casa Trabajo Celular

Dirección: _____

E-mail: _____

SEGURO DE AUTO

Pago Medico Conductor sin seguro auto

Compañía de seguro de auto: _____ Telefono: _____

Dirección: _____

Numero de Póliza: _____ \$ Limite: _____

Ajustador: _____

Extensión: _____ Numero de Reclamo: _____

SEGURO DE TERCERA PARTE

Compañía de seguro de auto: _____ Telefono: _____

Dirección: _____

Ajustador: _____

Extensión: _____ Numero de Reclamo: _____

Si el asegurado por la póliza es alguien que no sea el propietario de los locales responsables del accidente, indique el fundamento para hacer valer cobertura de la póliza:

Ajustador: _____ Telefono: _____

Si existen cualesquiera otras póliza de seguro que pueda pagar la cobertura de los daños del paciente, por favor proporcione en una hoja separada y adjunte.

Describa las cuestiones pendientes en relación con la cobertura mencionadas anteriormente:

SEGURO DE SALUD

Nombre de Compania: _____ Telefono: _____

Dirección: _____

Numero de Póliza: _____ Numero de Grupo: _____

Nombre del Deño de la Póliza: _____ Seguro Social: _____

Firma del Paciente

Fecha de Hoy (MM/DD/YYYY)

Empleado: